

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire ~~1909-1910~~ — N° 64.

1910 1911

LA RÉFECTION MUSCULAIRE

DU PLANCHER PELVIEN

avec exclusion ou ablation du vagin et de l'utérus

DANS LE TRAITEMENT DES GRANDS PROLAPSUS GÉNITAUX

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 décembre 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice CHAPUIS

Elève à l'Ecole du Service de Santé Militaire

né à Belfort (Haut-Rhin), le 5 novembre 1885



LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS, 8

—
1910

LA RÉFECTION MUSCULAIRE

DU

PLANCHER PELVIEN

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire ~~1909-1910~~ — N° 64.

1910 1911

LA RÉFECTION MUSCULAIRE

DU PLANCHER PELVIEN

avec exclusion ou ablation du vagin et de l'utérus

DANS LE TRAITEMENT DES GRANDS PROLAPSUS GÉNITAUX

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 décembre 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice CHAPUIS

Elève à l'Ecole du Service de Santé Militaire

né à Belfort (Haut-Rhin), le 5 novembre 1885



LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS, 8

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
COURMONT (J.). ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
	ROQUE.
	BARD.
	PONCET.
Cliniques chirurgicales	JABOULAY.
Clinique obstétricale et Accouchements	FABRE.
Clinique ophtalmologique	ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Clinique des maladies des enfants	WEILL.
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.).
Physique médicale	GLUZET.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	MOREL.
Matière médicale et Botanique	BEAUVISAGE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GUIART.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne	COLLET.
Pathologie et Thérapeutique générales	COURMONT (P.).
Anatomie pathologique	PAVIOT.
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.).
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	COURMONT (J.).
Thérapeutique	PIC.
Pharmacologie	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL.	agrégés
Propédeutique chirurgicale	BERARD.	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile	NOYE-JOSSERAND.	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale	MOREAU.	—
Embryologie	REGAUD.	—
Anatomie topographique	PATEL.	—
Botanique	BRETIN.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC.	J. LEPINE.	NOGIER.	TAVERNIER.
REGAUD.	LESIEUR.	LATARJET.	CADE.
COMMANDEUR.	MARTIN (Et.).	BRETIN.	MOURIQUAND.
GAYET.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
NEVEU-LEMAIRE.	VORON.	THEVENOT.	GUILLEMARD.
PATEL.			

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. AUG. POLLOSSON, Président; M. VALLAS, Assesseur; *

MM. PATEL et THEVENOT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE LE COMMANDANT F. CHAPUIS

Chevalier de la Légion d'Honneur

et

A MA MÈRE

A qui je dois tout, je dédie ce modeste travail, bien faible témoignage de mon infinie tendresse et de ma profonde reconnaissance.

A MES FRÈRES, PIERRE ET ALBERT

Mes meilleurs amis.

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. POLLOSSON

Professeur de Clinique Gynécologique à la Faculté de Médecine de Lyon
Chirurgien de la Charité

Il nous a toujours accueilli avec une
extrême bienveillance et nous fait au-
jourd'hui le très grand honneur de
présider notre thèse.

Nous le prions de croire à notre
reconnaissance et à notre profond res-
pect.

A MES MAITRES CIVILS ET MILITAIRES

DE NANCY ET DE LYON

A MONSIEUR LE MÉDECIN-MAJOR MARTIN

Major de l'Ecole du Service de Santé Militaire

C'est à ses soins éclairés et affectueux
que nous devons d'être arrivés sans en-
combre au terme de nos trois années
d'école. Qu'il veuille bien accepter
l'hommage de notre vive reconnais-
sance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Le traitement des prolapsus génitaux est une question des plus discutées. D'ailleurs, il ne saurait être uniforme, la lésion revêtant de si multiples aspects, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique.

D'autre part, ici comme dans bien d'autres cas, des considérations d'ordre social interviennent souvent pour dicter sa conduite au chirurgien : telle méthode, en effet, parfaite en ses résultats, conviendra pour telle malade, alors qu'elle ne sera nullement applicable pour telle autre, et pourtant, les affections dont souffrent ces deux malades sont identiques.

Dans ces conditions, on comprend que l'individualisation soit de rigueur dans le choix d'une méthode à suivre, elles sont d'ailleurs légion, et leur nombre et leur variété semblent bien démontrer qu'il n'y en a pas une seule qui soit absolument satisfaisante.

Ce modeste travail que nous avons entrepris sous les auspices de M. le professeur A. Pollosson ne saurait avoir la prétention de résoudre une question si controversée, on voudra bien n'y voir qu'une simple contribution à l'étude du traitement des grands prolapsus génitaux. Mais nous croyons qu'en raison de l'excellence des résultats obtenus, nous avons le devoir de faire connaî-

tre une méthode à laquelle, en présence de grands prolapsus génitaux chez des femmes âgées, véritables infirmes chez lesquelles toute autre intervention est condamnée à l'insuccès, le chirurgien pourra s'adresser avec confiance.

Qu'il nous soit permis de remercier ici M. le D^r Violet, chef de la clinique gynécologique de M. le professeur A. Pollosson pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et les conseils éclairés qu'il ne nous a pas ménagés au cours de l'exécution de notre travail, la meilleure partie lui en revient.

CHAPITRE PREMIER

Notions anatomiques, physiologiques, anatomopathologiques, pathogéniques.

L'appareil génital de la femme peut être divisé en deux étages, l'un supérieur ou pelvien, l'autre inférieur ou périnéal.

L'étage supérieur comprend l'utérus et l'ampoule vaginale, l'inférieur, la vulve et le vagin dans la traversée périnéale, ils sont séparés anatomiquement par les releveurs de l'anus.

Le maintien à l'état statique de ce système est assuré par divers moyens que nous pouvons ranger en deux groupes principaux : l'un comprendra des moyens de suspension et l'autre, des moyens de contention.

Les moyens de suspension appartiennent exclusivement à l'étage supérieur et sont essentiellement constitués par des formations aponévrotiques.

Quant aux moyens de contention, ils appartiennent à l'étage inférieur et sont formés par la barrière périnéale ou plancher pelvien.

C'est dans les lésions des organes constituant les moyens de suspension et de contention de cet appareil,

et dans l'association de ces diverses lésions qu'il faut chercher la clef du mécanisme des prolapsus génitaux.

Le rappel des notions anatomiques qui va suivre, en nous éclairant sur l'anatomie pathologique et le mécanisme des prolapsus génitaux, nous permettra également de tirer des conclusions thérapeutiques logiques que nous indiquons par la suite.

MOYENS DE SUSPENSION DE L'UTÉRUS. — *Formations aponévrotiques de l'étage supérieur.* — L'utérus est suspendu au-dessus du périnée par un certain nombre de ligaments qui ont une importance assez variable. Toutefois, ces formations ligamentaires n'ont de valeur que par la présence entre elles d'une toile aponévrotique donnant à cet ensemble une solidité et une résistance remarquables : c'est l'*aponévrose pelvienne supérieure* ou *sacro-recto-génitale*.

Jarjavay, le premier, a décrit cette aponévrose, puis Farabeuf et P. Delbet l'ont dénommée la *membrane cervico-vagino-pelvienne*. Pettit l'appelle l'*aponévrose enveloppe-viscères, soutien-viscères*, et les anatomistes allemands la reconnaissent sous la dénomination de *fascia visceralis* (Rosthorn), *fascia pelvis* (Waldeyer), *fascia endopelvina* (Läufer).

Vue en place, horizontalement, cette membrane se présente sous l'aspect d'une toile aponévrotique tendue entre les parois du bassin et le col utérin, avec trois zones de renforcement et deux points faibles. Ces derniers sont situés dans le plan médian antéro-postérieur : l'un en avant du col utérin, entre les tractus des ligaments vésico-utérins, correspond à la présence à ce niveau de la vessie,

l'autre, en arrière, entre les ligaments utéro-sacrés, correspond à la présence du rectum.

Les zones de renforcement consistent en des formations musculaires lisses répondant, en avant, à la dénomination de ligaments vésico-utérins, et en arrière et latéralement, à celle de ligaments utéro-sacrés.

Des coupes sagittales antéro-postérieures nous indiqueront la continuation en profondeur de ces zones de renforcement, ainsi que l'existence de nouvelles expansions de cette même aponévrose, établissant des connexions intimes entre elles, la face inférieure du péritoine pelvien, la face inférieure du releveur de l'anus et les artères vaginales.

« En somme cette aponévrose et ses expansions forment au col utérin et à l'ampoule vaginale, comme deux demi-gaines, laissant deux points faibles : l'un en avant entre les ligaments vésico-utérins ou racines antérieures du ligament large, l'autre en arrière, entre les ligaments utéro-sacrés ou racines postérieures des ligaments larges. L'hiatus postérieur est limité en bas par l'aponévrose pelvienne supérieure. L'hiatus antérieur est limité en avant par la fusion de l'aponévrose moyenne avec l'aponévrose supérieure au niveau des branches antérieures des releveurs de l'anus. »

L'existence, la constitution, les rapports de cette aponévrose nous étant connus, il nous reste à en préciser le rôle et la fonction.

Or, la clinique et la technique des hystérectomies nous enseignent chaque jour que cette aponévrose constitue le véritable soutien de l'utérus et de l'ampoule vaginale. C'est ainsi qu'au point de vue clinique, lorsqu'avec une

pince tire-col, on abaisse l'utérus à la vulve, on sent nettement, à un moment donné, une résistance. Cette résistance est due à l'aponévrose en question.

Si on pratique cette même manœuvre sur une femme anesthésiée, on sent que, sous l'influence de la traction, il se forme en arrière du col utérin, et latéralement, une corde tendue, qui s'oppose à la descente de l'utérus, pendant que le muscle releveur de l'anus est dans le relâchement le plus absolu.

Au cours des hystérectomies abdominales pour cancer, le rôle de cette aponévrose, comme soutien de l'utérus et de l'ampoule vaginale est également bien mis en évidence; c'est en effet la section de la portion sous-urétérale de cette lame aponévrotique qui permet l'ascension de l'utérus et du dôme vaginal, alors que le vagin n'est point encore incisé.

Les éléments de suspension de l'appareil utéro-vaginal peuvent subir diverses altérations; c'est ainsi que l'on peut les constater à la suite de la grossesse, par le fait du manque d'involution utérine. D'autres fois, on les trouve « chez ces dégénérées du tissu musculaire, dont la faculté de relâchement extraordinaire offre à décrire la surcharge graisseuse, les verjetures, la flaccidité ligamenteuse et pariétale » (Richelot), et qui présentent de véritables panoptoses.

Le relâchement de l'aponévrose pelvienne une fois commencé, qu'advient-il lorsque, à cette altération, s'ajoutera l'action de l'effort? Normalement, la pression abdominale, augmentée au moment de l'effort, repousse l'utérus en bas et met en jeu l'élasticité et la résistance de son élément capital de suspension, l'aponévrose pelvienne,

Dans un effort modéré, et pour des tissus normaux, l'élasticité de cette aponévrose suffit à ramener l'utérus dans sa position primitive, une fois que l'effort a pris fin. Mais si nous nous trouvons en présence d'un effort considérable, ou d'un effort modéré si cet effort agit sur des ligaments suspenseurs relâchés, l'élasticité et la résistance de cette aponévrose trouveront un aide dans le plancher périnéal intact, et l'utérus restera toujours maintenu à un niveau sensiblement normal. Vienne à manquer ce point d'appui, le prolapsus s'aggrave aussitôt.

MOYENS DE CONTENTION DE L'UTÉRUS. — LE PLANCHER PELVIEN. — On conçoit, d'après ce qui vient d'être dit sur la statique supérieure de l'utérus, et sur l'influence de l'effort dans la région pelvienne, l'importance qu'il faut accorder au périnée dans l'étiologie des prolapsus.

Quand il est intact, il offre un point d'appui à l'utérus et, par sa contraction, s'oppose à l'abaissement de cet organe, exactement à la limite de l'extensibilité de l'aponévrose pelvienne. Mais si les muscles périnéaux font défaut ou sont plus ou moins atrophiés, pour quelque cause que ce soit, accouchements antérieurs mutilants, dégénérescence sénile, etc., plus rien ne viendra s'opposer à la descente de l'utérus une fois que la limite d'extensibilité de l'aponévrose pelvienne aura été atteinte, et elle le sera rapidement, car il n'y a pas de tissu aponévrotique assez solide pour résister à un effort constamment répété.

De tous les muscles qui constituent le plancher pelvien, le plus important comme moyen de contention des

organes intra-pelviens est le releveur de l'anus. Il a été l'objet de nombreuses recherches, parmi lesquelles nous devons citer celles de ROUX (1881), de HOLL (1881), de LESSIAFT (1883), de DRAPIER, de CERE, et celles, plus récentes, de KALISHER (1900), et de HOGGE (1904) (Testut et Jacob, in *Traité d'Anatomie topographique*).

Des études de ces auteurs, il ressort que les deux releveurs, complétés en arrière par les muscles ischio-coccygiens, forment une sorte de diaphragme, le diaphragme pelvien, véritable sangle musculaire, qui maintient solidement les organes intra-pelviens et s'oppose à leur prolapsus.

Mais cette sangle est incomplète dans sa partie antérieure, où, en effet, les releveurs ne se rejoignent pas sur la ligne médiane et laissent entre leur bord interne un hiatus au niveau duquel le plancher musculaire fait défaut, c'est l'*hiatus uro-génital*, fermé uniquement par l'aponévrose moyenne du périnée, en connexion, ainsi que nous l'avons vu, avec les formations aponévrotiques intra-pelviennes, et qui est traversée par deux orifices, l'orifice urétral et l'orifice génital ou vulvaire.

Ces notions anatomiques et physiologiques, ainsi que les quelques aperçus anatomo-pathologiques que nous avons signalés au passage, nous permettront de préciser le mécanisme et la pathogénie des prolapsus génitaux: ces lésions peuvent être comparées à des hernies se produisant à travers les points faibles de la toile aponévrotique intra-pelvienne: c'est là un premier stade. A ce degré, correspondant à un relâchement minime de l'appareil de suspension, la sangle périnéale, si elle est solide, viendra s'opposer à une chute plus accentuée et

la lésion sera à peu près compensée. Mais si nous avons affaire à un périnée qui, pour une cause quelconque, ne puisse remplir efficacement son rôle, soit par suite de la fatigue continuelle de cet organe, devenu une sorte de *butoir* pour les viscères intra-pelviens, soit par suite de toute autre cause, des lésions traumatique antérieures, par exemple, nous arrivons rapidement à un second stade : au cours duquel nous voyons le prolapsus, maintenu uniquement par les moyens illusoires offerts par la vulve, s'accroître rapidement, pour en arriver à constituer cette catégorie que nous avons plus particulièrement en vue dans le titre de notre thèse, sous la dénomination de *grands prolapsus génitaux*...

C'est à dessein que nous avons fait appel à ce titre plus général que celui de grands prolapsus utérins, pour ne pas passer sous silence le rôle joué dans l'étiologie des prolapsus par une autre partie de l'appareil génital : la portion supérieure du vagin ou dôme vaginal.

Cette portion de l'organe possède en effet des connexions intimes, d'une part avec le col utérin, qui se trouve situé à peu près à son centre et, d'autre part, avec la vessie, que nous trouvons dans sa zone antérieure, et le rectum, situé en arrière. Avec ce dernier, l'union est assez lâche, la paroi vaginale est en effet séparée du rectum par un tissu cellulaire lâche, qui se clive facilement au doigt, et sa chute n'entraîne jamais celle du rectum. La rectocèle ne vient compliquer le prolapsus que dans la chute du tiers inférieur, seul point où le rectum soit intimement uni à la paroi vaginale postérieure.

Mais en avant, il n'en est pas de même : là, en effet, nous voyons la portion supérieure du vagin intimement

adhérente à la vessie. Or, cet organe, essentiellement mobile, n'est pas solidement maintenu, et son adhérence au vagin nous explique pourquoi il suit à peu près toujours la chute de sa paroi antérieure.

CLASSIFICATION DES PROLAPSUS.— L'ensemble de ces notions va nous permettre d'esquisser comme conclusion de ce chapitre de généralités préliminaires une classification des prolapsus génitaux à la fois anatomique et pathogénique.

Avec M. le Dr Violet, nous basant sur la division anatomique de l'appareil utéro-vaginal en deux étages, nous rangerons les prolapsus génitaux en trois grandes catégories, suivant que les lésions porteront :

1° A l'étage inférieur ou périnéal (colpocèle antérieure, colpocèle postérieure, rectocèle).

2° A l'étage supérieur ou pelvien (lésions de l'aponévrose pelvienne supérieure). A ce niveau, on peut avoir :

a) Des hernies à travers une déchirure des raphées aponévrotiques.

b) Des affaissements en masse (ptose utérine ou abaissement utérin).

c) De la dislocation utérine.

3° Aux deux étages. C'est l'affaissement en masse arrivant très rapidement au stade de grand prolapsus.

CHAPITRE II

Déductions thérapeutiques.

Nous pouvons donc considérer deux éléments dans la cure des prolapsus génitaux : l'élément de suspension supérieur et l'élément de contention inférieur.

La thérapeutique idéale est évidemment celle qui s'adresse directement à la lésion primitive, à l'amorce herniaire proprement dite, c'est-à-dire celle qui, s'adressant aux éléments de fixation supérieurs a pour but la réfection de l'hiatus de l'aponévrose pelvienne supérieure par où s'est produite la hernie.

Mais ce but n'est pas toujours facile à atteindre et la destruction de l'amorce herniaire est souvent quelque chose de difficile et de très complexe.

Aussi, certains auteurs ont tourné la difficulté en imaginant divers procédés opératoires ayant pour but de suspendre l'utérus dans sa position intra-pelvienne normale.

C'est ainsi qu'on a tenté de fixer indirectement cet organe par le raccourcissement de ses ligaments.

Dans cette voie thérapeutique, nous signalerons l'opération d'Alquié-Alexander-Adams qui, il est vrai, appliquée isolément au traitement des prolapsus, a donné en

général d'assez mauvais résultats, mais qui, combinée à des opérations plastiques portant sur le périnée et le vagin, a pu donner des résultats satisfaisants chez certaines femmes maigres, et dont la paroi abdominale n'était pas trop relâchée.

Le raccourcissement des ligaments ronds, par le vagin, suivant la technique de Wertheim, a été très recommandée par Bucură (de Vienne), qui aurait obtenu 15 succès sur 16 cas.

Le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés, pratiqué par Bowremann Jesset et par Stanmore Bishops, combinée à la fixation du cul-de-sac postérieur du vagin au sacrum, et à la ventro-fixation, aurait donné à ces auteurs des résultats très satisfaisants dans une dizaine de cas.

Une autre opération, partant toujours du même principe de la suspension de l'utérus, a pour but de fixer directement cet organe à la paroi abdominale : c'est la gastro-hystéropexie.

Pratiquée seule, cette intervention, de même que les précédentes, est insuffisante dans un grand nombre de cas; comme elles, en effet, elle ne peut agir uniquement que sur la chute de l'utérus et non contre l'issue au travers de la vulve des parois vaginales relâchées, sous forme de colpocèle ou de rectocèle.

C'est pour obvier à ce grand inconvénient, que les chirurgiens ont associé à l'hystéropexie, s'adressant à l'appareil de suspension de l'utérus, des opérations portant sur l'appareil de soutien de cet organe. Bouilly, en France, dans son rapport datant de 1896, considère comme une méthode de choix l'hystéropexie, combinée à

la colporrhaphie antérieure et à la colpopérinéorrhaphie postérieure. Küstner a 60 p. 100 de guérisons définitives en employant l'hystéropexie combinée à la colpopérinéorrhaphie.

A l'hystéropexie, certains auteurs préfèrent la fixation à la paroi abdominale du moignon utérin après amputation du corps de l'utérus; dans les cas où on avait dû pratiquer une hystérectomie totale, où on n'avait plus, par conséquent, de moignon utérin à sa disposition, ce fut le dôme vaginal qui supporta les frais de cette fixation.

C'est cette opération que, pour la première fois, M. le professeur A. Pollosson a pratiquée avec succès chez deux malades, dont les observations sont relatées dans la thèse de son élève Vieux-Pernon (1906).

L'hystérectomie pure et simple, soit vaginale, soit abdominale, totale ou subtotale, a été également proposée comme traitement des prolapsus génitaux. Pratiquée seule, cette opération semble, elle aussi, dériver d'une conception inexacte de la pathogénie des prolapsus, et si on n'y ajoute pas des opérations plastiques sur les parois vaginales et le plancher pelvien, elle ne donne pas de meilleurs résultats que le procédé de suspension de l'utérus.

A ce point de vue, la lecture de nos observations est absolument concluante. Deux de nos malades, en effet, avaient déjà subi l'hystérectomie, et malgré cette intervention, le prolapsus s'est reproduit chez elles au même degré qu'avant l'ablation de l'utérus.

D'ailleurs, la démonstration de ce point de doctrine est faite depuis longtemps déjà, et les travaux de Müller, Pozzi, Legueu, Quénu, Hartmann, Dubouchet et, comme

nous l'indiquions plus haut, ceux du professeur A. Pollosson, ont établi que l'hystérectomie doit toujours être complétée par d'autres opérations telles qu'une trachélopexie ou une colpopexie, opérations s'adressant à l'appareil de suspension, ou encore une colpectomie ou une colpopérinéorraphie, opération s'adressant à l'appareil de contention.

Dans ces conditions, la thérapeutique employée revêt une gravité toute particulière, étant donné l'âge des malades auxquelles elle s'adresse ordinairement, l'hystérectomie, surtout si elle est abdominale, suivie d'une intervention sur le périnée, malgré les résultats excellents qu'elle comporte, est une opération longue, difficile, qu'on n'emploiera qu'exceptionnellement.

Aussi, certains chirurgiens eurent-ils l'idée de ne conserver de cette opération complexe que le second temps, celui de la réfection plastique du périnée.

Depuis longtemps déjà, cette voie avait été parcourue et ce n'est qu'à titre purement documentaire que nous citerons les vieux procédés tels que l'épisiorrhaphie, l'avivement et la suture de l'orifice vulvaire, l'infibulation à l'aide d'un anneau métallique, la cautérisation de la paroi vaginale.

Le Fort, à l'exemple de Neugebauer, pensa qu'en maintenant en rapport les parois vaginales opposées, tout prolapsus deviendrait impossible, pour ce faire, il proposa de les suturer après avoir enlevé sur chacune d'elles une lanière verticale de la muqueuse. Il donna à cette opération le nom de cloisonnement du vagin.

La technique en est facile et sans danger, mais les résultats n'en sont satisfaisants que dans le cas de prolapsus

légers, car si l'on a affaire à un prolapsus de volume et de poids trop considérables, la mince barrière muqueuse qui lui est opposée sera bien rapidement franchie.

Faucon, Eustache, de Lille, et Chavannaz (thèse de Dugoua, 1907), de Bordeaux, ont également fait un large usage du cloisonnement vaginal pour le traitement des prolapsus génitaux, en y apportant quelques modifications, telles que l'augmentation de surface des parties de muqueuses suturées et l'amputation du col utérin, pour diminuer le poids de cet organe sur l'obstacle qu'ils lui avaient opposé.

Müller, de Berne, en 1896, était déjà allé plus loin dans cette voie en imaginant l'opération qui porte son nom et qui consiste en une résection totale ou presque totale de la muqueuse vaginale, suivie d'une columnisation de la surface ainsi cruentée. Elle a donc pour effet d'occlure le vagin au-dessus de la vulve et de fermer par en bas le périnée. Ce faisant, elle remplace la cavité vaginale par une colonne cicatricielle qui supportera la matrice et constituera ainsi un obstacle à la reproduction du prolapsus.

Cette opération ne peut s'adresser qu'à des femmes âgées, ayant dépassé la ménopause, chez lesquelles la vie génitale est terminée, car l'utérus, dans cette opération, ne peut plus communiquer en aucune façon avec l'extérieur, l'expérience a prouvé que cette exclusion n'offrait aucun inconvénient si l'organe n'avait pas de lésions inflammatoires et qu'il s'atrophiait généralement dans la suite (thèse de Gaston, Paris 1910).

Il est indéniable que l'intervention proposée par Müller apporte un perfectionnement important aux méthodes

de cloisonnement du vagin de Le Fort et autres, mais ces sortes d'interventions ont le même grave défaut, et sont passibles de la même critique : anatomiquement, elles sont incomplètes, et c'est là qu'il faut chercher la cause des échecs auxquels, trop souvent, elles ont abouti.

Nous avons vu, en effet, qu'au point de vue anatomique, la partie réellement importante du plancher pelvien était constituée par les releveurs de l'anus, dont la présence constituait une sangle musculaire interrompue en avant par l'hiatus génital, par où se font les prolapsus.

Si la muqueuse vaginale suturée peut offrir à un prolapsus des organes intra-pelviens une certaine résistance, celle-ci a des limites faciles à prévoir et, en tout cas, elle ne peut être comparée à celle présentée par la sangle musculaire complètement fermée, que nous proposons de constituer au moyen des releveurs de l'anus.

Depuis longtemps déjà, certains chirurgiens, entre autres Hart, Barbour, Alban et Tendler, se basant sur cette conception pathogénique que les prolapsus génitaux arrivés au stade des grands prolapsus étaient des hernies ayant franchi l'hiatus génital des releveurs de l'anus, avaient aiguillé de ce côté leur thérapeutique. En France, Proust, Lenormand et P. Delbet. En Allemagne, Ziegenspeck (de Munich) ont tenté les premiers la suture de la partie postérieure des bords de l'hiatus génital entre le vagin et le rectum. A cette intervention, Langlade ajouta bientôt la suture des releveurs dans leur partie antérieure entre le vagin et la vessie. Néanmoins, même avec ce procédé, qui rétrécissait pourtant dans de notables proportions l'hiatus génital, il persistait un orifice par lequel le prolapsus avait des tendances à se reproduire, et

les interventions pratiquées étaient loin de fournir dans tous les cas des résultats satisfaisants.

C'est alors que nous eûmes l'idée de donner à ce procédé toute son extension possible et de faire porter la suture sur la totalité des bords de l'hiatus génital.

C'est là la partie essentielle de notre intervention, grâce à elle, nous constituons un véritable *pessaire musculaire*, excessivement puissant, qui s'opposera définitivement à de nouvelles récidives de prolapsus.

Mais cette thérapeutique radicale entraîne avec elle des perturbations importantes du côté de l'utérus et du vagin. Ici, comme dans l'opération de Müller, ces deux organes sont, en effet, entièrement supprimés au point de vue fonctionnel, l'utérus, s'il existe encore, sera complètement exclu, et le vagin, tout au moins dans sa partie supérieure située au-dessus de la sangle musculaire que nous aurons créée, sera, soit exclu, soit remplacé par une colonne cicatricielle après abrasion de sa muqueuse. Pour parfaire cette colpectomie, on pourra ajouter la suppression des culs-de-sac vaginaux, ce qui entraîne l'amputation du col de l'utérus, ainsi que nous l'avons fait chez la malade de l'observation III.

Ainsi donc, notre idée thérapeutique peut se schématiser de la façon suivante :

Suture complète des bords de l'hiatus des releveurs de l'anus, s'accompagnant, selon les cas :

1° *Du côté de l'utérus, soit de l'exclusion de cet organe, soit de l'amputation du col dans sa portion adhérente au dôme vaginal.*

2° *Du côté du vagin, soit d'une colpectomie partielle, avec exclusion d'une certaine hauteur de cet organe, soit d'une colpectomie totale.*

CHAPITRE III

Indications. — Contre-indications.

L'intervention qui fait l'objet de notre travail est évidemment une intervention d'exception, nous tenons à le dire au début de ce chapitre.

Par le fait même de la suppression fonctionnelle du vagin et de l'utérus, on n'aura le droit de recourir à cette opération que si les malades ont atteint l'âge de la ménopause; c'est dire que chez une femme encore jeune on ne sera que rarement autorisé à la pratiquer. Il ne faudrait, toutefois, pas s'imaginer qu'elle occasionne absolument la cessation de toute vie génitale; Savariaud, en effet, qui a fait des colpectomies selon la technique de Müller, chez deux malades, a trouvé au bout de quelques mois, que chez toutes deux le vagin avait presque récupéré une longueur suffisante pour admettre un spéculum. Ce n'est pas là un résultat négligeable, il faudrait, selon Savariaud, en rechercher la cause dans les pansements vaginaux post-opératoires prolongés un certain temps et dans la rétraction cicatricielle consécutive.

L'exclusion de l'utérus peut, dans certains cas, être la source d'accidents, c'est quand il n'est pas sain et que sa muqueuse infectée a besoin, pour déverser ses sécrétions,

de communiquer avec l'extérieur. Notre opération devra donc être précédée d'un examen attentif de la muqueuse utérine, et si on désire ne faire qu'une colpectomie partielle, on devra également porter son attention sur la portion de muqueuse vaginale que l'on exclura derrière la suture des releveurs de l'anus.

Au cas où il serait constaté de l'infection de la cavité utérine, il faudrait obtenir sa stérilisation avant d'entreprendre l'opération; le plus simple serait d'avoir recours à un curettage suivi d'une cautérisation à la teinture d'iode. Quant à la muqueuse vaginale infectée, la colpectomie totale la supprime purement et simplement.

Une autre objection tirée elle aussi de l'exclusion de l'utérus, peut se présenter à l'esprit : l'utérus ne communiquant plus avec l'extérieur par le vagin, un hydromètre doit inévitablement se former. Cette crainte a été depuis longtemps déjà réfutée par Müller, et l'expérience lui a donné raison. En règle générale, en effet, chez les vieilles femmes à qui s'adresse tout particulièrement cette intervention, après la ménopause, la muqueuse utérine s'atrophie et aucune sécrétion ne persiste. La crainte d'un hydromètre est donc théoriquement chimérique et ne devra jamais influencer le chirurgien. D'ailleurs, sur la centaine de cas d'opérations de Müller, qui ont été publiés jusqu'alors, on n'a jamais observé ni hydromètre, ni accumulation de sérosité dans la matrice, ni pyométrie.

Il est une autre série d'indications et de contre-indications découlant directement du prolapsus lui-même, de sa nature et de sa constitution. Comme nous l'avons déjà dit plusieurs fois au cours de ce travail, l'intervention que nous proposons s'adresse uniquement aux pro-

lapsus génitaux arrivés au stade de grands prolapsus et pour lesquels toute autre thérapeutique rationnelle visant les moyens de suspension ou de contention de l'appareil génital est devenue inutile, impossible ou dangereuse.

C'est ce qui ressort nettement de la lecture des trois observations qui constituent la base de ce travail et nous ne pouvons mieux faire que de résumer ici la discussion thérapeutique que cette lecture nous a suggérée.

Toutes trois, nos malades présentaient un prolapsus volumineux, pour lequel deux d'entre elles avaient été spécialement opérées antérieurement; l'une avait subi une hystérectomie totale un an et demi auparavant, et l'autre une hystéropexie avec périnéorraphie, il y avait sept ans.

Quant à la troisième, celle de l'observation II, M. le professeur A. Pollosson lui avait fait, un an auparavant, une castration totale pour une annexite suppurée. Avant cette intervention, elle présentait déjà un grand prolapsus, formé d'une colpocèle et d'une rectocèle.

Or, chez toutes trois, les opérations subies n'empêchèrent pas la reproduction de nouveaux prolapsus tout aussi volumineux que les premiers, dans des délais variant de trois mois (obs. I) à deux ans (obs. III).

Dans ces conditions, que pouvions-nous leur faire? A quelle solution thérapeutique devons-nous nous arrêter?

Et tout d'abord, il eût été impossible de tenter la thérapeutique idéale consistant en la réfection des hiatus de l'aponévrose intra-pelvienne supérieure. L'état de cette dernière, en effet, ne le permettait pas : distendue, relâ-

chée par le poids et le volume sans cesse croissants du prolapsus, elle avait perdu depuis longtemps toute solidité et toute élasticité et vouloir rétablir dans leur structure des fibres aponévrotiques dissociées, déchirées, atrophiées, aurait été une tentative purement chimérique. En outre, les avivements considérables que la dissection de la masse prolabée aurait nécessités, et la possibilité très grande de blesser les organes qui la constituaient augmentaient notablement la gravité et les difficultés de cette intervention.

Quant à la suspension de l'utérus ou de la cicatrice vaginale chez nos deux hystérectomisées, en un point plus élevé, choisi soit sur la paroi abdominale, soit sur les parois pelviennes musculaires ou osseuses, cette tentative était vouée à un égal insuccès, car elle ne pouvait pas sensiblement modifier la colpopèle, ni surtout la rectocèle constituant, dans nos trois cas, la plus grande partie de la masse prolabée.

Ne pouvant ainsi rien tenter au point de vue de la suspension, il nous restait à envisager les divers moyens de traitement par les procédés de contention.

Or, le prolapsus qu'il nous fallait maintenir étant très lourd et très volumineux, l'obstacle à lui offrir devait être très puissant et très étendu, c'était là la qualité essentielle que devait nécessairement offrir un bon moyen thérapeutique.

A quoi, dans ces conditions, pouvions-nous avoir recours ? Une colpopérinéorrhaphie selon les procédés classiques eût été évidemment insuffisante, elle eût laissé, en effet, subsister un orifice par où le prolapsus n'eût pas tardé à se reproduire.

Un cloisonnement vaginal étendu ou une opération plus complète, telle qu'une colpectomie selon la technique de Müller n'auraient certainement pas présenté cette même cause de faiblesse. Ces opérations auraient opposé, en effet, une barrière continue au-devant du prolapsus ; mais cette barrière, constituée uniquement par la muqueuse vaginale avivée et cicatrisée, aurait possédé par cette raison même une résistance limitée, et c'est pour augmenter cette résistance dans une proportion très appréciable, que nous avons songé à lui ajouter la doublure musculaire qui constitue l'élément essentiel, original de notre méthode. Ce n'est, en somme, qu'un simple *pessaire* que nous constituons, mais *pessaire* idéal, grâce à sa constitution musculaire, à son étendue et à la fixité de ses points d'appui osseux.

Notre intervention devient réellement la méthode de choix chez ces malades âgées, à tissus souvent relâchés, véritables infirmes, présentant de ces prolapsus pour lesquels toutes les opérations, même les plus graves, telles que l'hystérectomie ou l'hystéropexie, ont été discutées, parfois même tentées, et chez qui, malgré tout ce qui a pu être fait, la chute, l'effondrement en masse d'organes qu'on avait pu croire un instant maintenus, se reproduit avec une ténacité et une rapidité décourageantes.

Si nous intervenons dans ces conditions, en produisant le maintien définitif du prolapsus, nous estimerons avoir accompli œuvre utile et les quelques inconvénients (certains auteurs ont prononcé récemment le terme de mutilation!) que notre malade retirera peut-être de l'opération subie seront bien peu de chose pour elle, en comparaison des bienfaits qu'elle en aura retirés.

CHAPITRE IV

Observations

Recueillies dans le service de M. le Professeur A. Pollosson
par M. le Dr Violet, chef de clinique.

OBSERVATION I

(Inédite)

X..., multipare, âgée de 55 ans, entre à la clinique gynécologique en mai 1906 pour une récurrence de prolapsus. Cette malade a été opérée il y a un an et demi dans un autre service, pour un prolapsus génital ; elle dit qu'on lui a enlevé l'utérus et à l'examen on se rend compte qu'elle a subi une hystérectomie vaginale.

Trois mois après sa sortie de l'hôpital, les phénomènes subjectifs : pesanteurs, douleurs dans les reins, troubles vésicaux, irritation des surfaces prolabées, étaient à peu près au même degré.

A l'examen, on constate une colpocèle antérieure et une colpocèle postérieure, la cicatrice du dôme vaginal est fixée par les angles latéraux, mais, malgré cela, fait saillie en partie à la vulve, lors des grands efforts, amenée à ce niveau par le déroulement progressif des parois antérieure et postérieure. La tuméfaction antérieure est constituée par la descente de la vessie, une sonde introduite dans l'urètre révèle cette disposition. En arrière, le corps périnéal a été déchiré, la distance

entre l'anus et la fourchette est réduite à moins d'un travers de doigt. La muqueuse vaginale postérieure est éversée, mais le doigt introduit dans le rectum montre que ce conduit n'a pas cédé.

On décide alors une réintervention. Celle-ci pourrait être une colporrhaphie antérieure avec colpo-périnéorrhaphie postérieure, c'est ce à quoi on se décide tout d'abord.

La colporrhaphie antérieure est pratiquée assez largement, la cicatrice du dôme vaginal ayant été abaissée avec des pinces de Museux, mais au moment de faire la suture, on décide, afin de ne pas pratiquer de tractions sur celle-ci, au cours de la colporrhaphie postérieure, de passer de suite à cette seconde partie de l'intervention. On commence par une périnéorrhaphie suivant le procédé de Lawson-Tait, par dédoublement. Les releveurs de l'anus sont mis à nu sur 2 ou 3 centimètres d'étendue par leur bord, l'excès de la muqueuse vaginale postérieure est réséqué et l'on s'aperçoit à ce moment qu'on aura probablement de la peine à refaire un canal vaginal avec les parois latérales de ce conduit, qui seules ont été respectées. D'autre part, au moment de passer le fil profond intéressant les releveurs et la portion de la muqueuse vaginale située en amont du plan des releveurs, on s'aperçoit que la cicatrice du dôme vaginal est presque au niveau du plan des releveurs. On décide alors d'extirper cette cicatrice, ainsi que les parois latérales restantes et de transformer l'opération en une colpectomie totale.

La cicatrice du dôme vaginal est extirpée sans ouverture du péritoine, l'ablation des parois vaginales s'accompagne d'une hémorragie assez abondante, mais facile à arrêter. Grâce à ce large avivement, les muscles releveurs de l'anus, qui avaient été disséqués au préalable sur une étendue de 2 ou 3 centimètres, au cours du dédoublement de la cloison recto-vaginale, sont juxtaposés latéralement et en avant sous la vessie très facilement, grâce aux tractions que l'on peut faire subir aux faisceaux postérieurs. La suture de ces muscles est faite dans toute leur hauteur par cinq points de catgut et

dans le point médian, on a soin de comprendre l'ancienne cicatrice avivée du dôme vaginal, de façon à éviter tout espace mort en arrière de la suture. Au niveau de la fourchette on fait quelques points de capitonnage destinés à réparer les muscles périnéaux superficiels et on réunit les deux bords inférieurs de la vulve par un dernier point de capitonnage. On termine par un léger tamponnement avec une mèche aseptique.

La guérison s'est effectuée très simplement et au bout de quelques jours la surface granuleuse de la profondeur était complètement épidermée par suite du rapprochement des bords vulvaires. Par le toucher rectal on se rendait parfaitement compte de la restauration solide qui résultait de cette intervention.

OBSERVATION II

(Inédite)

M^{me} P..., 53 ans, multipare. Cette malade a fait un premier séjour dans le service pour des phénomènes inflammatoires de date ancienne avec poussée récente ; il existait, au toucher, une grosse masse annexielle droite, qui fut diagnostiquée comme une annexite suppurée et pour laquelle M. le professeur Aug. Pollosson fit une castration totale. Cette malade avait en même temps un gros prolapsus (cystocèle et rectocèle) faisant une saillie à la vulve du volume d'un œuf.

L'utérus, maintenu probablement par l'annexite, était resté en position élevée et seul l'orifice externe du col avait été allongé au point d'être à 1 centimètre du plan vulvaire.

L'opération qui fut pratiquée contre l'annexite consista en une hystérectomie totale avec ablation des annexes, péritonisation complète au-dessus de la tranche vaginale. Cette malade, opérée en 1905, revient un an après avec son prolapsus amplifié, le déroulement des parois vaginales forme au niveau de la vulve une tumeur du volume du poing.

La malade souffre surtout dans les reins et dans la fosse iliaque droite, probablement parce que la cicatrice du dôme vaginal est adhérente de ce côté et que dans les efforts le déroulement des parois vaginales vient exercer des tractions à ce niveau. La notion que cette douleur tient bien au prolapsus trouve sa confirmation dans le fait que la malade se trouve considérablement soulagée par le tamponnement. On décide une intervention devant une forme de prolapsus qui n'est pas justiciable d'un traitement orthopédique.

Colpectomie totale. On commence par la dissection de la muqueuse vaginale en avant, à 2 centimètres du méat, jusqu'à la cicatrice du dôme vaginal. Au cours de la libération de la vessie on ouvre le cul-de-sac péritonéal antérieur, on s'aperçoit que celui-ci était abaissé et que la portion péritonéale de la vessie avait basculé et venait faire hernie dans la partie supérieure de la masse prolabée. Donc, ouverture du péritoine en avant dans un temps opératoire où on ne s'attendait guère à cet incident ; une mèche est placée à ce niveau pour obturer la brèche péritonéale et on continue la dissection en arrière. A ce niveau, on ouvre franchement le cul-de-sac péritonéal de Douglas et on dissèque ainsi de haut en bas toute la muqueuse vaginale postérieure, en la divisant en deux moitiés, l'une à droite, l'autre à gauche. (Le péritoine est fermé en avant au niveau de la vessie par deux points), et de même en arrière, au niveau du Douglas, la cicatrice fibreuse du dôme vaginal restant entre les deux. Les releveurs de l'anus sont repérés et dissociés de chaque côté, on en fait la suture sur toute la hauteur et plus particulièrement en avant, sous la vessie, et ce qui, dans une opération ordinaire de recherche des releveurs pour colporrhaphie antérieure est si difficile, devient ici d'une extrême simplicité. On termine par quelques points de capitonnage au niveau de la fourchette, et on laisse un tamponnement très légèrement serré contre les surfaces cruentées, après avoir placé un petit drain dans un des interstices laissés entre les points des sutures des releveurs.

La malade ne fut pas longue à se remettre, il y eut une très légère suppuration superficielle, mais cette malade s'est plainte assez longtemps de ressentir des douleurs lorsqu'elle voulait s'asseoir sur son lit. Revue à plusieurs reprises, cette malade, qui est obligée de soigner ses petits enfants et de se livrer à des travaux pénibles, accuse encore quelques maux de reins, mais se déclare très satisfaite de son état actuel.

OBSERVATION III

(Inédite)

X..., 56 ans, multipare, entre à la Charité en septembre 1908. Elle a été opérée par M. Condamin, à la clinique gynécologique il y a sept ans, pour un prolapsus qui fut traité par une hystéropexie dont on voit encore la cicatrice abdominale et par une périnéorrhaphie dont on reconnaît encore l'effet à l'épaisseur de tissu qui sépare l'anus de la fourchette. Cette malade a vu se reformer depuis quatre ou cinq ans, au niveau de la vulve, une tumeur qui augmente constamment de volume et qui, actuellement, est grosse comme le poing. Elle n'est plus réglée depuis trois ans. A l'examen, on constate une saillie considérable de la muqueuse vaginale. Cette saillie est formée par une colpocèle antérieure, ainsi que le montre le toucher, ayant entraîné la vessie, comme le prouve le cathétérisme. La paroi vaginale postérieure n'a subi aucun glissement, le col utérin apparaît à la vulve par sa lèvre antérieure et son orifice est situé un peu obliquement à un centimètre en arrière du plan vulvaire. Le cul-de-sac postérieur a conservé sa profondeur, la lèvre postérieure du col, elle aussi, est allongée, mais en avant, la lèvre antérieure se continue avec la tuméfaction de la colpocèle, qui lui forme un véritable jabot. En trouvant le col utérin à ce niveau, on s'attend à ce que la fixation de l'utérus à l'abdomen ait lâché, il

n'en est rien et c'est ce qu'on constate à l'hystéromètre, qui montre que la longueur totale de la cavité utérine est de 18 centimètres, et que le bec de l'hystéromètre est senti à travers la paroi abdominale au niveau de la cicatrice de la laparotomie. On tente de maintenir ce prolapsus à l'aide d'un pessaire, mais il s'agit d'une éventration trop considérable, qui glisse toujours entre la symphyse et l'anneau.

Intervention (Dr Violet). — On saisit le col utérin avec deux pinces érignes, puis on trace, au niveau de la saillie de la colpocèle antérieure, une incision à forme plutôt triangulaire, dont la base répond au col et va d'un cul-de-sac latéral à l'autre ; cette dissection est pratiquée d'avant en arrière jusqu'à ce que la vessie soit complètement libérée et qu'on arrive dans le tissu cellulaire postérieur où l'on reconnaît la résistance fibreuse du col utérin allongé, mais non hypertrophié, on se reporte vers l'orifice externe du col et on pratique sur lui avec des ciseaux une section bilatérale sur une étendue de 4 à 5 centimètres, c'est-à-dire jusqu'au point maximum du clivage vésical, fait sans ouvrir le péritoine. Cette lèvre antérieure du col est enlevée par hémisection avec le lambeau vaginal antérieur disséqué sur la vessie. On saisit alors la lèvre postérieure du col et on la sectionne au ciseau, à un niveau correspondant à celui où l'on a sectionné la lèvre antérieure. Une pince de Museux est mise sur la portion de l'utérus restée en amont pour la repérer. Cette section de la lèvre postérieure est ainsi pratiquée à 4 ou 5 centimètres de l'orifice externe et conduit directement dans le péritoine du Douglas. On abrase de haut en bas avec la muqueuse vaginale éversée la portion de péritoine qui lui correspond, cette opération est continuée plus bas, avec un peu plus de précautions, sur le rectum ; la brèche péritonéale postérieure est refermée avec quelques points au catgut, le col utérin repéré avec la pince de Museux est fermé avec un point de suture après cautérisation de sa cavité au thermocautère.

Dès lors, on abrase et on avive les quelques portions de

muqueuse qui peuvent être restées dans les portions latérales basses du vagin et on recherche la corde des releveurs. Ceux-ci sont rapprochés et suturés. La poursuite de ce dernier temps est difficile, en avant, dans l'espace sous-vésical, le rapprochement des surfaces cruentées se fait alors de gauche à droite et d'avant en arrière. L'opération a été un peu longue, mais sans une trop grande perte de sang. La malade n'a présenté aucune gêne dans la station assise, la cicatrisation faite par première intention lui a permis de rentrer chez elle au bout de trois semaines. Elle a été revue plusieurs fois depuis par M. le Dr Jamin et par nous-même et un résultat parfait fut toujours constaté.

CHAPITRE V

Technique opératoire.

PRÉCAUTIONS PRÉLIMINAIRES. — PRÉPARATION DE LA MALADE. — Dans toutes les opérations de prolapsus, le traitement préopératoire est très important. Il consiste à réduire le prolapsus, à le maintenir en place et à obtenir de cette façon la diminution de la congestion passive qui survient fatalement dans les organes prolabés.

Le maintien de ces organes ainsi réduits peut être obtenu soit par quelques pansements vaginaux à la gaze, soit à l'aide de quelques tampons glycérinés ou vaselinés et surtout par le repos au lit.

Mais il faut ne pas se presser d'opérer et bien savoir que huit à dix jours de traitement préopératoire sont nécessaires pour obtenir une décongestion complète des organes prolabés. De cette façon, d'ailleurs, on obtient non seulement la diminution de volume de l'utérus, la disparition de l'œdème des parois vaginales, la guérison des ulcères vaginaux, mais encore on peut voir, au bout de quelques jours, les cordes formées par les branches pubo-rectales des releveurs, qui étaient distendues, amincies et repoussées en dehors par la présence de la hernie génitale, on peut voir, dis-je, ces cordes musculaires

revenir à leur terme normal et l'hiatus génital, qui paraissait complètement effondré, se réformer et se dessiner à nouveau sous le doigt.

ACTE OPÉRATOIRE. — 1° *Suture totale des releveurs avec colpectomie partielle et exclusion de l'utérus et du vagin.*

PREMIER TEMPS : *Avivement postérieur.* — Le prolapsus étant rentré, maintenu à l'aide d'un tampon, on trace à 2 centimètres ou 2 cent. 5 de la vulve, une incision curviligne sur la paroi postérieure du vagin, en se guidant sur les bords saillants de l'hiatus génital, qui sert de repère. On dissèque la muqueuse vaginale en arrière et sur les côtés, jusqu'à ce qu'on aperçoive les fibres des muscles releveurs à nu. S'il existe en même temps de la rectocèle, cette dissection sera faite avec prudence et on veillera à repousser la paroi rectale avec une pince derrière la suture de la sangle musculaire.

Deux fils sont immédiatement passés sur ces muscles releveurs isolés en saisissant de chaque côté au moins 1 ou 2 centimètres d'épaisseur de tissu. Ces fils sont repérés avec des pinces, mais non serrés.

DEUXIÈME TEMPS : *Avivement antérieur.* — On reprend où on l'a laissée la ligne d'incision de l'avivement postérieur et on la complète en se servant toujours du bord de l'hiatus génital comme repère. On dissèque alors les lèvres de cette ligne d'incision sur une surface d'environ 1 centimètre. Cette dissection sur les parois latérales du vagin se fait à l'aide de deux ou trois coups de ciseau, et on reprend le bistouri pour la pratiquer au niveau de la paroi antérieure. La portion de muqueuse disséquée, qui se trouve derrière les releveurs, est rebroussée en dedans,

où elle sera reprise tout à l'heure par sa surface cruentée dans les fils de la suture musculaire.

TROISIÈME TEMPS : *Suture des releveurs*. — On exerce une certaine traction sur les fils musculaires postérieurs déjà en place. Cette traction fait saillir les branches de l'hiatus des releveurs sur lesquelles il ne reste plus qu'à placer des fils isolés à un niveau progressivement plus élevé, en ayant soin de saisir avec le fil la face cruentée de la muqueuse vaginale, que l'on avait rebroussée en dedans, de façon à ne pas laisser d'espace mort pouvant saigner en arrière de la suture.

QUATRIÈME TEMPS : *Temps terminal et post-opératoire*. — A ce moment, l'opération proprement dite est terminée. Il ne reste plus en avant de la surface des releveurs qu'une très petite zone de surface cruentée, qui est le muscle nu, qu'on peut laisser s'épidermiser secondairement. Si l'on préfère hâter cette épidermisation, on jette alors quelques points de suture entre les bords de la muqueuse vaginale disséquée préalablement, de cette façon, on refait, à 2 centimètres de la vulve, une sorte de dôme vaginal, qu'il sera préférable de maintenir fixé à la sangle musculaire sus-jacente.

On termine par un pansement aseptique, tout drainage est inutile.

Nous n'avons jamais eu l'occasion de pratiquer sur le vivant cette intervention, mais nous l'avons réalisée sur le cadavre, chez des femmes âgées, multipares et à périnée effondré. D'ailleurs, le temps principal de cette opération : la suture musculaire, est absolument identique dans la technique, que nous allons décrire maintenant, et qui est celle que nous avons employée chez nos malades.

II. SUTURE TOTALE DES RELEVEURS AVEC COLPECTOMIE TOTALE ET EXCLUSION DE L'UTÉRUS. — PREMIER TEMPS : *Abaissement de l'utérus, tracé des incisions.* — On saisit le col utérin avec une pince de Museux et on l'attire hors de la vulve. De ce fait, la muqueuse vaginale est tout entière au dehors, recouvrant le prolapsus. On pourrait, comme dans la technique de l'opération de Müller, faire une incision circulaire au ras de la vulve et disséquer de la vulve vers le col progressivement, sur tout le pourtour, en retournant cette muqueuse comme qui dépouille un animal de sa peau. Mais ce procédé peut exposer à des arrachements et à des déchirures, car nous avons affaire à une muqueuse très adhérente et nous lui préférons cet autre procédé, qui consiste à diviser la surface, à exciser en un certain nombre de secteurs, qu'on disséquera les uns après les autres.

Nous commençons donc par faire une incision circulaire à 1 centimètre des bords de la vulve, elle portera sur la muqueuse vaginale inversée, par conséquent sur la portion la plus basse; cette incision va passer à 1 cent. 5 environ au-dessous du méat urétral. Sur cette incision, on branche quatre incisions perpendiculaires aboutissant au col utérin. de manière à diviser la surface à enlever en tranches plus commodés à disséquer.

DEUXIÈME TEMPS : *Dissection de la muqueuse vaginale.* -- Deux des incisions sont à la limite des parois vaginales antérieure et latérale, et circonscrivent un trapèze antérieur répondant à la paroi vaginale antérieure, pour la commodité de la dissection, on peut encore le diviser en deux. Cette manœuvre n'offre pas de difficultés spéciales. Quand elle est terminée, on procède de même pour la

face postérieure, et il ne reste plus que les parois latérales qu'il faut disséquer plus superficiellement, de manière à éviter les hémorragies, mais si on prend cette précaution, on peut dire que la colpectomie totale s'exécute sans grande perte de sang.

TROISIÈME TEMPS : *Refoulement de l'utérus et suture musculaire.* — La muqueuse vaginale étant abrasée, on refoule alors l'utérus que l'on avait attiré hors de la vulve, le plus loin possible. On voit alors sur les parois vaginales cruentées apparaître les bords musculaires de l'hiatus génital sur lesquels on opère comme il a été déjà dit, en ayant soin, toutefois, de faire au préalable quelques points de capitonnage profond ou de comprendre les parois vaginales avivées en arrière de la suture, dans les fils de suture musculaire, pour éviter les inconvénients dus à l'existence d'espaces morts.

CINQUIÈME TEMPS : *Temps terminal et post-opératoire.* — On agit de même que nous l'avons déjà indiqué vis-à-vis de la région vagino-vulvaire et dans la crainte d'avoir laissé quelques points cruentés derrière la suture des releveurs, on peut, par mesure de précaution, établir un drainage à l'aide d'une petite mèche de gaze entre deux points de la ligne de suture.

NOTA. — Dans les cas où il n'y a pas d'utérus, cet organe ayant été enlevé préalablement, c'est la cicatrice vaginale qui servira de point de repère au lieu du col utérin. Il faut avoir soin de la respecter, car, à son niveau, on arrive rapidement sur le péritoine.

Quand l'utérus existe et que son col présente un allongement hypertrophique considérable, le mieux est de

l'amputer au moment de la dissection des culs-de-sac vaginaux. Dans un de nos cas, on eut recours à ce procédé; on pratiqua l'excision du col sur une hauteur de 3 à 4 centimètres, suivie de la stérilisation au thermocautère de la muqueuse cervicale restante, et de l'obturation de l'orifice par un point de catgut fixant l'utérus à la suture des releveurs de l'anus.

CHAPITRE VI

Suites opératoires. — Résultats.

SUITES OPÉRATOIRES. — Elles ont été chez nos trois malades excessivement simples. Quelques jours ont suffi à obtenir une cicatrisation complète sans qu'à aucun moment, il n'y ait eu d'infection, ni d'autres complications, soit du côté de la vessie, soit du côté de l'intestin ou du péritoine.

Une d'elle, qui fait l'objet de l'observation II, s'est plainte pendant assez longtemps de ressentir des douleurs quand elle voulait s'asseoir dans son lit. Nous n'avons attaché aucune importance à ces dires, car notre malade est nettement une imaginative et une exagératrice, d'ailleurs, un beau jour, comme par enchantement, ces douleurs disparurent sans qu'on eut rien fait pour cela.

RÉSULTATS : *Résultats subjectifs*. — Nos trois malades, dont deux ont pu être revues régulièrement, ont été unanimement très satisfaites de l'opération qu'elles avaient subie. Chez toutes trois, il y eut, immédiatement après l'opération, la disparition de cette sensation obscure et pénible de pesanteur périnéale, et à aucun moment, dans

la suite, pour employer leur propre expression, elles ne sentirent que « ça tombait ».

On concevra l'importance attachée par des malades à ce résultat, quand on s'imaginera le profond découragement dans lequel les avait plongé l'insuccès successif de tous les procédés thérapeutiques, parfois graves, qu'elles avaient subis jusqu'alors. Et puis, qu'on se rende compte de ce que devait être l'existence de ces pauvres femmes, chez qui le moindre effort, simplement la station debout, provoquait une véritable chute hors de la vulve de tout leur prolapsus; qu'on se rende compte de leurs douleurs physiques, de leurs tourments moraux et l'on ne s'étonnera pas alors qu'elles aient consenti à acheter leur guérison définitive au prix d'inconvénients physiques qui, somme toute, étant donné leur âge, ne modifiaient pas sensiblement leurs conditions d'existence.

Résultats objectifs. — Essentiellement logique, reposant sur une base anatomique solide, d'une technique relativement simple, on est en droit d'escompter de cette intervention un résultat aussi satisfaisant que possible.

C'est ce qui advint à nos trois malades. Revues toutes trois à leur sortie de l'hôpital, c'est-à-dire de quinze à vingt jours après l'opération, elles présentaient un résultat anatomique excellent. Le pessaire musculaire obtenu ne présentait aucune solution de continuité, et maintenait parfaitement le prolapsus, l'orifice vulvaire était rétréci dans de notables proportions, et si l'on y introduisait le doigt, on trouvait, à 2 centimètres environ, la surface de la sangle musculaire complètement épidermée.

Deux de nos malades ont été revues dans la suite, ainsi

que nous le disions plus haut, à chaque examen la guérison radicale sans aucune tendance à la récurrence fut confirmée.

A aucun moment non plus, chez nos malades, nous n'avons été amené à constater de troubles qu'on aurait pu mettre sur le compte de notre intervention, tels que hydromètre utérin, pyométrie, rétention de sérosité dans la cavité de l'utérus exclu. Jamais non plus, même dans les quelques jours qui suivirent les interventions, nos malades ne présentèrent de troubles, soit du côté de la vessie, soit du côté de l'intestin.

CONCLUSIONS

I. — La fermeture complète de l'hiatus génital pelvien par la suture totale de ses bords dans leur totalité est une opération qui mérite d'être employée dans la cure des grands prolapsus génitaux, à quelque forme anatomique qu'ils appartiennent.

II. — Cette conception thérapeutique dérive de la notion que les prolapsus sont des hernies à travers l'hiatus génital. Cette notion pathogénique a conduit à faire la suture des releveurs à la partie la plus postérieure de l'hiatus génital, entre le vagin et le rectum, puis on y a ajouté la suture des releveurs dans leur partie antérieure, entre le vagin et la vessie, *nous avons cru devoir faire porter cette suture sur les bords de l'hiatus dans leur totalité.*

III. — Cette intervention s'accompagne, selon les cas :

1° Du côté de l'utérus, soit de l'exclusion de cet organe, soit de l'amputation du col dans sa portion adhérente au dôme vaginal.

2° Du côté du vagin, soit d'une colpectomie partielle

avec exclusion d'une certaine hauteur de cet organe, soit d'une colpectomie totale.

IV. — Cette opération s'adresse aux femmes âgées, ayant dépassé la ménopause, et chez lesquelles on n'a plus à tenir compte de la vie génitale.

Dans le cas où l'on exclut certains organes, il faut s'assurer auparavant de leur intégrité au point de vue d'une infection et d'une rétention possible.

V. — Les résultats qu'il nous a été donné de constater sont excellents, nous n'avons eu ni infection, ni rétentions consécutives, ni récidives.

Vu :

Vu :

Le Président de la Thèse.

Le Doyen,

A. POLLOSSON.

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 8 décembre 1910.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAMS. — *Glasgow Medic. Journal*, Juin 1882.
- ANDRÉ. — Thèse Paris, 1889.
- AUTEFAGE. — *Archives Proc. de Chirurgie*, Octobre 1910.
- BALDY. — *American Journal of Obstetric* 1892. *An American Text-book of Gynecology*, 1894, p. 253.
- BARBOUR. — (Voir Hart.)
- BARNES. — *Traité clinique des maladies des femmes*, traduct. franç., Paris, 1876, p. 540.
- BAUM. — *Centrablatt für Gyn.* 1897, p. 773.
— Congrès de la Soc. allem. de Gynéc. Würzburg, juin 1903.
- BIEHLY. — Inaug. diss. Berne, 1902. *Archive für Gyn.*, 1894.
- BECKEL. — Congrès français de Chirurgie, Paris, 1896.
- BOUILLY. — Congrès français de Chirurgie, Paris, 1896.
- BUCURA. — *Zeitschr. f. Geb. u. Gynéc.*, vol. XLV, p. 422.
- CHADUC. — Thèse, Lyon, 1900.
- CHAPUT. — (Voir, Duplay.)
- CHAVANNAZ. — *Gazette hebd. des sc. médic.* Bordeaux 1897.
— *Revue mensuelle de Gyn., d'Obst. et de Péd.*, octobre 1909.
- COHN. — *Zeitschr. für Geb. u. Gyn.* vol. XIV, p. 448.
- CORRADI. — *Lo Sperimentale*, 1876.
- COURTY. — *Traité pratique des maladies de l'Utérus*, 1881, p. 589.
- DELBET (P.). — *Traité de Chirurgie (Duplay et Reclus)*, art. le Prolapsus utérin.
— *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, nov. 1902.
- DELORE et JACOD. — *Lyon Médical*, 1904.
- DIEDERLEIN. — Congrès de la Soc. allem. de Gynéc. Würzburg, juin 1903.
- DOLÉRIS. — *Nouvelles Archives d'Obst. et de Gyn.*, fév. 1889.
— *La Gynécologie*, 1897, p. 47.
- DUBOIS. — *Journal de Médecine, de Chirurgie, de Pharmacie.* Bruxelles, 1885.
- DUGOUA. — Thèse, Bordeaux, 1906.
- DUPLAY et CHAPUT. — *Arch. gén. de Médecine*, juin-juillet 1889.
- DURET. — *Soc. des Sc. médic. de Lille*, 1893.
- EUSTACHE. — *Archives de Tocologie*, Paris, 1882.
- EDELHOLS. — *Med. rec.*, octobre 1901, p. 561.
- FAUCON. — *Archives de Tocologie*, Paris, 1887.
- FELLENBERG. — *Beitrag z. Geburtsch. u. Gyn., negar.*, 1902, oct. VI, 3.

- FREUND. — *Centralblatt f. Gyn.* n° 43, p. 441.
- FREUND (A.-W.). — *Vid. J. Payeur. ref. im Cent. f. Gyn.*, 1897, p. 1286.
- FREUND (H. W.). — *Centr. f. Gyn.*, 1893, n° 47.
- FRIEDEL. — *Vid. Asch., Arch. f. Gyn.*, Bd XXXV., heft. 2.
- GASTON. — Thèse de Paris, 1910.
- GERTIG. — *Cent. f. Gyn.*, juin 1893, p. 399.
- HARTMANN et DUBOUCHET. — *Annales de Gyn. et d'Obst.*, 1894.
- HART et BARBOUR. — *Mém. de Gyn.*, trad. franç., 1886, p. 610.
- IMLACH. — Shortening the round ligament of the uterus. *Edinburgh Med. Journ.*, 1883, p. 913.
- INGLIS PARSONS. Congrès de la Brit. Med. Assoc. à Manchester, 1902.
- JACOBS. — *Archives de Tocol. et de Gyn.*, vol. XXXI, n° 9.
- JACOBS. — *Annales de Gyn. et d'Obstét.*, n° 46, 1896, p. 627.
- JAEGGY (E.). — Die Kolpectomie nach P. Müller. *Gynækologische Rundschau*, 1907, t. I., 827.
- JENTZER. — *Gymnastique gynécologique et traitement manuel des maladies de l'utérus et de ses annexes* (méthode de Th. Brandt). Georg., libr.-éditeur, Genève, 1891.
- JOYEUX. — Thèse, Lyon, 1893.
- KIRIAC. — *Roumanie Médicale*, août 1893.
- KUENIG. — P. Muller's method of colpectomy for uterine prolapse, in the *Journal of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp.*, septembre 1903.
- KRUKOVA (M^{lle} V.) — *La colpectomie dans le prolapsus*, thèse de Genève, 1903.
- LEDER (Cécile). — *Arch. de Gynéc.*, 1893. — *Arch. de Gynéc.*, mai 1894.
- LEGUEU. — *Leçons de Clin. chirurgic.*, Hôtel-Dieu, 1901.
- LE GAL. — Thèse de Paris, 1894.
- LE FORT. — *Bulletin de Thérapeutique*, avril 1897.
- MANGIN. — Congrès international de Genève, 1896.
- MARTIN. — Ueber Extirpation vaginal. *Berliner klin. Wochenschr.*, 1898, n° 40. — *Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynækologie*, in Berlin.
- MIGUET. — Thèse, Lyon, 1908.
- MICHAEL. — Soc. de Gyn. de Hambourg.
- MONOD (Ch.) et VANVERTS (J.). — *In Traité de Technique opératoire*.
- MULLER (P.). — Ueber Prolapsoperationen. *Deuts. Naturforsch. A. u. Verzte Gesells.*, 1896, C. R., 2^e p., 164 (Disc.: Frank-Löhlein, Asch, Freund, V. Herff). Voyez aussi Bichly.
- MUNCHMEYER. — *Centr. f. Gyn.*, 1891, p., 241.
- NIEBERGALL. — Thèse de Gall, 1893.

- PAUHUT. — Die neuem Prolapsoperationem. Inaug. Diss. Halle, 1893.
- PELTIER (M^{me}). — Thèse de Paris, janvier 1893.
- PFLASG. — *Zentralbl. f. Gynäkol.*, 1899, n° 14.
- PICHEVIN et BONNET. — « Prolapsus génital ». In *Traité de chirurgie clinique et opératoire* de A. Le Deutu et Pierre Delbet.
- POLLOSSON (A.). — *Revue de Gynécologie*, 1903.
- *Lyon Médical*, juin 1906.
- POLIC. — *Amer. Journ. of Obstetr.* p. 606, 1886.
- POZZI. — *Traité de Gynéc.*, t. 1, p. 697.
- PREUSCHEN. — *Ann. de Gyn.*, 1896, n° 46, p. 349.
- Revue de Gynécologie* du professeur S. Pozzi, février 1904, p. 137.
- RICHELOT. — *Annales de Gyn.*, 1896, n° 46, p. 334.
- ROUTIER. — *Bulletin Médical* (Soc. de Chirurgie), décembre 1910.
- SAVARIAUD (M.). — L'opération de Müller pour prolapsus ou colpectomie totale avec conservation de l'utérus. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 2^e série, t. III, novembre 1906.
- *Bulletin Médical* (Soc. de Chirurgie), décembre 1910.
- STAFFER. — *Traité de Kinésithérapie gynécologique*, Paris, 1907.
- STOKHER (S.), LUZERN. — Scheidenexstirpation bei prolaps. In *Centralblatt für Gynäkologie*, n° 46, 1900, f. 1227. — *Gyn. Helv.*, 1901, p. 50.
- TESTUT. — *Traité d'Anatomie*, t. IV.
- TESTUT et JACOB. — *Traité d'Anatomie, topogr.*, t. II.
- TUFFIER. — *Bulletin Médical* (Soc. de Chirurgie), décembre 1910.
- VARTON. — Thèse de Bordeaux, 1889, 1890, p. 43.
- VIEUX-PERNON. — Thèse, Lyon, 1906.
- VILLARD. — *Lyon Médical*, septembre 1902.
- VIOLET (H.). — *Journal d'Obst. de Gynéc. et de Péd.*, juin 1903.
- *Lyon Chirurg.*, septembre 1909.
- *Revue de Gynéc. et de Chirurg.-abdom.*, décembre 1909.
- *Lyon Médical*, février 1910.
- *Annales de Gynécologie*, août 1910.
- Congrès de Gyn., d'Obst. et de Péd., Toulouse, septembre 1910.
- WINBERG. — *Annales de Gyn.*, 1896, n° 46, p. 349.
- WORMSER (E.). — *Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, 1898, Bd VII, H. 4. Die Kolpectomie zur Beseitigung des prolaps ælteren Frauen, in *Gynäkologia Helvetica*, p. 51.
- ZOLOTNITZKY. — Thèse de Paris, 1894. *Hystérectomie*.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER. — Notions anatomiques, physiologiques, anatomo-pathologiques, pathogéniques	7
CHAPITRE II. — Dédutions thérapeutiques.....	15
CHAPITRE III. — Indications. — Contre-indications.....	22
CHAPITRE IV. — Observations (<i>Inédites</i>).....	27
CHAPITRE V. — Technique opératoire	34
CHAPITRE VI. — Suites opératoires. — Résultats	40
CONCLUSIONS.....	43
BIBLIOGRAPHIE	45
